FQS FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH SOZIALFORSCHUNG

Volumen 10, No. 2, Art. 28
Mayo 2009

La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros

Kátia Bones Rocha, Lucia Helena Rubin Barbosa, Carolina Zambom Barboza, Prisla Ücker Calvetti, Fernanda Torres Carvalho, Elder Cerqueira-Santos, Júlia Schneider Hermel & Andreína da Silva Moura

Palabras clave: homofobia; atención a la salud; humanización; investigación cualitativa

Resumen: El objetivo de estudio es describir cómo travestis, transgéneros y transexuales perciben la atención a la salud que reciben en el Sistema de Salud Público de Brasil (SUS). Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico, donde se realizaron 8 entrevistas individuales semiestructuradas con transexuales, transgéneros y travestis. Dos investigadores analizaron por separado cada entrevista y la consensuaron con todo el grupo a partir de análisis de contenido temático. Categorías identificadas: homofobia, acogida y humanización, acceso a la salud y sugerencias de mejorías en el sistema de salud. Las participantes señalaron la falta de preparación de los profesionales para atender a este grupo, destacando la necesidad de sensibilización. Una temática presente fue la necesidad de adopción del nombre social en los servicios, como primera estrategia de inclusión de esta población. A pesar de los esfuerzos gubernamentales brasileños, resulta difícil ver cumplidos principios del SUS para garantizar una atención de calidad a todos los ciudadanos. Se manifiesta la importancia del desarrollo de investigaciones cualitativas para la definición de programas y políticas de salud que posibiliten la inclusión de los colectivos más vulnerables y marginales.

Índice

1. Introducción
2. Método
  2.1 Participantes
  2.2 Instrumento
  2.3 Procedimientos
  2.4 Análisis de los datos
3. Resultados y discusión
  3.1 Homofobia
  3.2 Acogida y humanización
  3.3 Acceso al sistema de salud
  3.4 Sugerencia de mejorías para el sistema de salud
4. Conclusiones
Agradecimientos
Referencias
Autores(as)
Cita

© 2009 FQS http://www.qualitative-research.net/

1. Introducción

A pesar de la declaración de los principios universales de igualdad, justicia, libertad y dignidad de las minorías sexuales, resulta difícil aplicar en la práctica estos derechos. La intensidad con que dichos derechos sexuales y sociales son cumplidos cambian de un país a otro (KITZINGER & WILKINSON 2004). A pesar de ello existen prácticas de exclusión, criminalidad y violación de los derechos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 2008). [1]

La homofobia y la transfobia son el conjunto de creencias, opiniones, actitudes y comportamientos de agresión, desprecio, ridiculización, que se producen contra las personas homosexuales, bisexuales y transexuales. Se trata de una discriminación por orientación sexual (homofobia) o por identidad de género (transfobia), en importancia similar al racismo y la xenofobia. Se fundamenta en los fuertes estereotipos sociales, el odio hacia las personas y la no aceptación de la diversidad humana. [2]

La homofobia y la transfobia son elementos derivados de la cultura machista, sexista e heteronormativa, aún hegemónica en nuestra sociedad, y acompaña a los sujetos durante toda su vida. La homofobia y la transfobia se revelan, generalmente, en la convivencia familiar desencadenando barreras negativas para la autoestima y socialización. La hostilidad vivida en la escuela es, consecuencia muchas veces, de la exclusión de la educación formal. Dicha exclusión provoca, entre otras, grandes dificultades para la cualificación y entrada en el mercado laboral. Al estigma y a la discriminación se asocian hechos de vida vinculados a la clandestinidad, vulnerabilidad y marginación según situaciones. Los "ghetos" que se establecen, a partir de ese contexto, se vuelven espacios de acogida e inclusión y, simultáneamente, espacios productores de subculturas de resistencia y diversidad (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL 2008). [3]

A pesar de la utilización del término homofobia en el presente estudio, es importante destacar que no se concibe como una "patología", ya que se entiende como un fenómeno social y cultural. Como destaca HEREK (2004) se trata de una formación de estereotipos sociales en forma de prejuicios que no deben ser comprendidos como construcciones psicopatológicas individuales. [4]

En Brasil algunos autores afirman que los homosexuales forman el grupo más oprimido en el ejercicio de su sexualidad, a pesar de una aparente aceptación social (ALMEIDA & CRILLANOVICK 1999). GREEN (1999) defiende que existe una paradoja entre la permisividad en el ejercicio de la sexualidad durante el carnaval en Brasil, y los prejuicios en relación a las prácticas sexuales no heterosexuales cotidianas. [5]

Un estudio reciente desarrollado en Brasil por LACERDA, PEREIRA y CAMINO (2002) resalta que solamente el 24% de los homosexuales entrevistados manifiestan no haber sufrido nunca prejuicios por su orientación sexual. El 38%

de tal muestra afirma haber afrontado situaciones difíciles y sentirse perjudicado por su orientación sexual. [6]

Los significados asociados a género, sexo, y sexualidad son usualmente concebidos a partir de condicionantes biológicos y naturales. No se consideran así las dimensiones históricas, sociales y culturales que dan sentido a estas realidades. El desconocimiento de las diferencias entre sexo y género sumado al grado elevado de estigma y discriminación, son elementos que agregan mayor vulnerabilidad a los gays, otros hombres que hacen sexo con hombres (HSH) y a las travestis (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL 2008). [7]

La transexualidad, según ARÁN (2006), es un fenómeno complejo, caracterizado por el sentimiento de no pertenecer al sexo anatómico. La identidad de género es comprendida como una construcción sociocultural, independiente del sexo biológico. Según la definición del MINISTERIO DA SAÚDE DO BRASIL (2008), *transgénero* significa persona cuya expresión de género no corresponde al papel social atribuido al género designado para ella en el nacimiento. El término se utiliza últimamente para definir también a personas que están en tránsito entre un género y otro, absorbiendo el término travesti. *Transexual* es un individuo que tiene una identidad de género opuesta al sexo designado (normalmente al del nacimiento). Hombres y mujeres transexuales hacen o pretenden hacer una transición de su sexo de nacimiento al sexo opuesto con alguna ayuda médica (terapia de redesignación de género) para su cuerpo. [8]

BENTO (2003) destaca que los valores sociales de países como Brasil sobrevaloran la manifestación aparente de la sexualidad corporal. Así, se construye una concepción de orientación sexual basada en estereotipos marcados en la imagen de los individuos. El autor describe que la sociedad intenta materializar en los cuerpos las verdades para los géneros a través de las reiteraciones de las instituciones sociales. La necesidad permanente del sistema en afirmar y reafirmar la dicotomía de lo que es del "sexo" masculino y lo del femenino, indica que la concreción de esos ideales no ocurre como se desea. Esto demuestra que el sistema no es del todo coherente. Las posibilidades de "re-materialización" abiertas por las reiteraciones pueden generar inestabilidades, haciendo que el poder de la ley reguladora se vuelva contra ella misma. Es en este escenario de fisuras y contradicciones donde se debe analizar la experiencia transexual. Esta representa la ruptura más potente de dichos marcos reguladores de que la sexualidad sea entendida como sexo biológico. [9]

En Brasil, las personas cuya sexualidad no heterosexual es más evidente, mediante la exhibición o incorporación de atributos del género no-conforme al sexo natal designado, son las más afectadas por la violencia y discriminación. La desestabilización ocasionada por la transformación de género, siempre asociada a un conjunto de estereotipos negativos sobre la homosexualidad en general, causa que las travestis sean las victimas preferidas de la violencia homofóbica (CARRARA & VIANNA 2006). [10]

La exclusión o convivencia hostil, asociadas a una perspectiva negativa de la autoimagen – originada por la baja autoestima o desarrollada y fortalecida equivocadamente por los medios de comunicación y religiones – expone a los gays, otros HSH y las travestis a la falta de seguridad y a la violencia. La principal característica de la violencia vivida por estos grupos ha sido la agresión física. Muchas veces acaba en muerte, representando actitudes extremas de intolerancia y discriminación. Los casos de violencia física y crímenes contra los gays, otros HSH y las travestis, continúan sin mecanismos de prevención o punición. Este hecho aumenta mucho la vulnerabilidad del grupo social. [11]

Un ejemplo de esta realidad es que en Brasil las travestis parecen ser vulnerables a los homicidios. CARRARA y VIANNA (2006) destacan que hay una clara confluencia entre jerarquía de clases sociales y género, ya que las víctimas de homicidio son más frecuentemente travestis u homosexuales pobres. Estas víctimas practican la prostitución o viven en comunidades subdesarrolladas donde existe más presente el estigma de la homosexualidad. La indiferencia de la policía en la búsqueda de los asesinos parece tener relación con las representaciones sociales negativas de los travestis como homosexuales especialmente desajustados. De esta manera, su muerte, en edad inferior a las víctimas de latrocinio en Brasil, tiende a ser entendida por los policías como consecuencia de un modo de vida próximo a la ilegalidad. [12]

Diferentes estudios resaltan que la homofobia tiene un papel muy importante en las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad. La falta de búsqueda de los servicios de salud por parte de las personas con orientaciones sexuales no heterosexuales que temen sufrir alguna forma de prejuicio, contribuye a la progresión de las enfermedades, a la disminución del estado de bienestar y la toma de decisiones en la búsqueda de tratamiento (WILLIAMSON 2000). En este sentido, el Ministerio de la Salud de Brasil ha lanzado en 2008 el Plan Nacional de afrontamiento a la epidemia del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual entre gays, otros HSH y travestis. El plan parte del hecho de que existen vulnerabilidades específicas que contribuyen a que estos grupos sean más susceptibles a la infección por el VIH. Presentan una tasa de prevalencia superior a la encontrada en la población en general. Este hecho impone nuevos desafíos para la promoción de la salud. [13]

Esta iniciativa forma parte del amplio proceso de universalización de la atención a la salud de la población de Brasil. El proceso empezó en el contexto de democratización y conquista de una serie de garantías para los ciudadanos. A partir de la Constitución de 1988, la salud pasó a ser comprendida como un derecho de todos los ciudadanos y un deber del Estado. En el año 1990 fue aprobada la ley que creó el Sistema Único de Salud (SUS) que tiene como características principales el acceso gratuito, integral y universal para todos los ciudadanos (Ley nº 8080/90 Ley nº 8.142/90, 1990). La financiación del SUS es pública y generada a través de los impuestos recogidos por el Estado (Ley nº 8080/90 Ley nº 8.142/90, 1990). [14]

El SUS se organiza según algunos principios fundamentales. La universalidad es uno de esos principios, y determina que el Estado debe garantizar la asistencia a la salud de todos los brasileños en cualquier grado de complejidad (atención primaria, secundaria y terciaria) (Ley nº 8080/90 Ley nº 8.142/90, 1990). La equidad, por ejemplo, se caracteriza por la búsqueda de igualdad en el acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta que no todas las personas son iguales. En función de las grandes desigualdades existentes en Brasil se pretende trazar políticas y programas para disminuir esas diferencias. Otros principios como la acogida y la humanización buscan sensibilizar a los trabajadores en salud y la sociedad en general con el fin de conseguir la universalización de cuidados para todos. La acogida consiste en el intento de establecer una relación de confianza y solidaridad entre profesionales y usuarios de los servicios de salud. La humanización, por su parte, valora las dimensiones subjetivas y sociales que están presentes en todas las prácticas de atención y gestión del SUS, firmando así el compromiso con los derechos de los ciudadanos que utilizan los servicios de salud pública. A este respeto se destacan los derechos de los grupos minoritarios, entre ellos los del grupo de personas que tienen orientaciones sexuales diferentes de la heterosexual (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL 2004). [15]

En este sentido y en el caso de los transexuales, el derecho a la salud pasa por el derecho a la autonomía en la toma de decisiones sobre los procedimientos que les son necesarios para una mejor calidad de vida. También quedan exigidos el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la no discriminación, a la libertad y a la singularidad (LIONÇO &Y ARAN 2008). [16]

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNAIDS) también reconoce que la homofobia y la transfobia son factores de vulnerabilidad en la infección del VIH por parte de la población de gays, otros HSH y travestis. El Programa refuerza la idea de que la homofobia y la transfobia se interrelacionan con otros mecanismos de discriminación social, como aquellos basados también en el sexo (por ejemplo, el machismo y la misoginia). Sucede en cuestiones relacionadas a la raza/etnia o factores referentes al contexto socioeconómico. En la misma dirección, el MINISTERIO DA SAÚDE DO BRASIL (2004) destaca que existen una serie de elementos asociados a la vulnerabilidad de la población homosexual y que es importante trazar estrategias y acciones para cambiar esta realidad. [17]

El presente artículo forma parte de un proyecto más amplio financiado por el Ministerio de Salud de Brasil. En él se estudian las percepciones sobre la atención a la salud prestada a personas con orientaciones sexuales no heterosexuales en el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. El objetivo del artículo ha sido analizar como las travestis, transexuales y transgéneros perciben la atención que reciben en el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). [18]

2. Método

El presente estudio utilizó el método de investigación cualitativo fenomenológico. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo y también analítico. El método fenomenológico fue escogido una vez se buscó conocer las experiencias vividas y las percepciones que los transexuales, transgéneros y travestis tienen de la atención recibida en el SUS. En este artículo serán presentados los datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas con el grupo de usuarios del sistema de salud transexuales, transgéneros y travestis (todos de orientación sexual autodeclarada homosexual). Esta propuesta metodológica se justifica por la necesidad de buscar conocimientos profundos y pertinentes acerca de la atención ofrecida por los profesionales de salud del SUS a esta población y también por la dificultad en tener acceso a estos usuarios. [19]

La aplicación de la metodología cualitativa en el ámbito de la salud posibilita investigar otros puntos de vista que tienen los individuos y los colectivos. Se pretende construir conocimientos que pueden contribuir a la planificación de la salud desde la perspectiva de la inclusión social, buscando la participación de los grupos minoritarios. La investigación cualitativa privilegia el análisis de los micro-procesos, como los estudios de las acciones sociales, individuales y grupales. Se caracteriza por el análisis intensivo de los datos y la heterodoxia de los mismos. La variedad de los materiales obtenidos cualitativamente exige por parte del investigador una capacidad analítica y de integración (MARTINS 2004). [20]

2.1 Participantes

En el periodo de noviembre de 2007 a enero de 2008 fueron realizadas 8 entrevistas a usuarios del SUS que se definían como transgéneros, transexuales o travestis. Se trata de un muestreo por conveniencia, en función de la dificultad de acceso a esta población. Al final del periodo de reclutamiento, las 8 entrevistadas que aceptaron participar en el estudio formaban parte de una ONG relacionada con la defensa de los derechos de los transgéneros, transexuales o travestis. Otras estrategias para reclutar a las participantes no resultaron efectivas. [21]

Las entrevistadas tenían entre 24 y 58 años. Todas tenían bajos niveles de escolaridad, 6 trabajaban como profesionales del sexo, 1 como administrativa en un centro de salud y otra como peluquera. Tres de ellas declaraban no ser portadoras del VIH, 3 más definían ser portadoras del VIH y 1 declaraba desconocer su estado serológico.

Participantes	**Auto definición**	**Edad**	**Diagnóstico para VIH**	**Nivel educacional**
A	Travesti	24 años	Negativo	1º grau
AP	Travesti	31 años	Positivo	7ª série
J	Travesti	45 años	Positivo	1º grau
C	Transexual	35 años	Negativo	1º grau
R	Transexual	No referido	Positivo	No referido
S	Transexual	58 años	Desconoce su estado sorológico	No referido
G	Travesti	29 años	Positivo	No referido
M	Travesti	48 años	Positivo	Ensiño Técnico

Tabla 1: Datos sociodemográficos de las participantes [22]

En relación a las definiciones en la presente investigación se utilizaron las proposiciones del MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL (2004) para definir la población de estudio. Sin embargo, en las entrevistas se preguntaba a las participantes sobre cómo ellas se autodefinían en orientación sexual e identidad de género. De las participantes, 5 se definieron como travestis y 3 como transexual, incluyendo a una de ellas que ha realizado la operación de cambio de sexo. Por ese motivo, se ha optado por mantener en todo el trabajo la definición del grupo estudiado como travestis, transexuales y transgéneros, aunque el término travesti esté englobado por el termino transgénero. De esta manera se pretende contemplar la diversidad de la población, manteniendo las definiciones teóricas sin desconsideración y destacando las definiciones dadas por las propias participantes. [23]

2.2 Instrumento

Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas que permitieron un análisis profundo de los discursos de las participantes. Las siguientes cuestiones formaron parte de la entrevista: percepciones de las participantes acerca de las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud del SUS en la atención a travestis, transexuales y transgéneros; tiempo de espera para tener una visita; marcación de visitas; situaciones de prejuicio y discriminación en la atención recibida. También fue utilizada una ficha de datos sociodemográficos, seropositividad para el VIH y autodefinición de la orientación sexual. [24]

2.3 Procedimientos

La primera aproximación a la población estudiada fue a través del contacto con 2 centros de atención primaria (CAP), 2 hospitales generales y 3 ambulatorios especializados en la atención a ETS/VIH. Fueron realizadas reuniones con los

profesionales de la salud de los centros para que incentivasen la participación de los usuarios en el estudio. También fueron distribuidos folletos en estos 7 centros divulgando la investigación con el número de teléfono para contactar con el estudio. Además fueron distribuidos 2000 anuncios del estudio en la parada gay y fueron contactadas 6 Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) relacionadas con esta población. Las entrevistadoras hicieron visitas a las ONGs para familiarizarse con los contenidos discutidos entre las participantes, y posteriormente las entrevistadas fueron reclutadas en dichas organizaciones. Después de ese periodo inicial de familiarización, las participantes de las ONGs fueron invitadas a entrar en la investigación. [25]

Las personas interesadas en participar en el estudio firmaron el consentimiento informado. La ejecución de la presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) del Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre/Brasil). Además, como parte de los procedimientos éticos, todos los integrantes del equipo recibieron entrenamiento teórico, metodológico y ético previo a la colecta de los datos. Durante la ejecución de la investigación, el equipo fue permanentemente monitoreado y orientado por los psicólogos coordinadores. Además, se puso a disposición de las entrevistadas la posibilidad de recibir apoyo psicológico por algún recuerdo negativo que podría ser suscitado a causa de la entrevista. [26]

Todas las entrevistas fueron grabadas y duraron una media de 20 minutos. Los aspectos éticos que garantizan la integridad fueron asegurados, en base la Resolución nº 196 que consiste en directrices y normas que regulan las investigaciones con seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1990). Las entrevistadas serán identificadas por una letra a fin de garantizar la confidencialidad. [27]

2.4 Análisis de los datos

Se utilizó el análisis de contenido para analizar las entrevistas, basándose en los estudios de la autora MINAYO (1996). Después de transcribir las entrevistas, se realizaron lecturas exhaustivas del material para identificar categorías extraídas de los textos que respondiesen al objetivo del presente estudio. En base a MINAYO (1996) se realizaron los siguientes pasos para el análisis de las entrevistas: 1) lectura exhaustiva del material; 2) identificación de categorías extraídas del texto relacionadas con el objetivo del presente estudio; 3) validación de categorías por los pares; 4) transformación de los "datos brutos" en "datos útiles" a partir de la fragmentación del texto y establecimiento de unidades semánticas (criterio de analogía); 5) categorización de cada entrevista por 2 investigadores; 6) discusión de las categorías en grupo. Las categorías que fueron identificadas dentro de la atención a la salud son: 1) homofobia, 2) acogida y humanización, 3) acceso a la salud, y 4) sugerencias de mejora al sistema de salud. A continuación serán descritas las principales características de cada categoría, ejemplificando partes de las entrevistas de las participantes. Se añadirán además los resultados y la discusión de cada una de las categorías de análisis. [28]

3. Resultados y discusión

3.1 Homofobia

A partir de las entrevistas realizadas se concluye que la mayoría de las entrevistadas han vivido situaciones de discriminación, homofobia y transfobia en los servicios de atención a la salud. Se identificó que la discriminación contra los(as) travestis está presente en los diferentes ámbitos sociales. Asimismo, en el ambiente de trabajo, aún siendo en el campo de la salud, la dinámica de exclusión también se manifiesta. Una de las entrevistadas afirmó

> "Yo soy funcionaria pública y trabajo en un centro de atención primaria. Sufro discriminación todos los días por ser travesti, porque las personas no me aceptan, las personas no me respetan, ni los compañeros de trabajo ni los usuarios. Pero los usuarios ya empiezan a acostumbrarse, ya son 28 años trabajando, no son 8 días" (M). [29]

Uno de los puntos destacados por las entrevistadas como mecanismo de falta de respeto, discriminación y exclusión fue la no utilización del nombre social por parte de los profesionales de la salud. En Brasil, existe una ley, Portaria Nº 2.227/GMde 2004, que autoriza que toda travesti o transexual sea llamado(a) por el nombre que le parezca mejor, y que este nombre debe estar descrito en los historiales médicos de los centros de salud. Eso demuestra que hay discusiones nacionales para garantizar, mediante políticas de inclusión, el respeto a la orientación sexual de los ciudadanos. Al mismo tiempo, fueron mencionadas situaciones de gran constreñimiento vividas por las participantes en función de su nombre social, como en los ejemplos que a continuación serán presentados.

> "Cuando llaman (en el centro de salud) por el nombre que está en mi tarjeta de identificación, yo me levanto y voy, para no perder la visita con el médico. Yo voy con la cabeza baja. Yo hablo con el médico y me voy con la cabeza baja, porque me causa mucha vergüenza" (A). [30]

En la misma dirección otra de las participantes relata: "No te llaman por el nombre social, ¿entiendes? (los profesionales de salud), no han tenido una sensibilización. Además al salir escuchas los susurros y las risas" (R). [31]

Una de las entrevistadas (M) relató una situación de agresión contra una de sus compañeras ocurrida en un servicio de salud pública. Describe que la transexual fue acompañada por su pareja. Esta dijo al responsable administrativo el nombre social de su pareja, pero se negó a llamarla así. El responsable administrativo dijo, según la entrevistada "yo le voy a llamar por el nombre que está descrito en el documento oficial". La entrevistada relata que su amiga se sintió muy mal, y describe

> "ella dijo que se había sentido humillada dos veces, la primera por ser travesti y la segunda porque las personas que estaban en la sala de espera comentaban que ella era muy femenina, pero que en realidad era un hombre" (M). [32]

Otra participante también expone una situación semejante: "Una administrativa (del centro de atención primaria) me trató muy mal. Ella dijo simplemente, 'yo te voy a llamar de R' (nombre masculino)". Mi ángel, yo ya hablé tres veces que me gustaría ser llamada por mi nombre G (nombre femenino). 'No, yo te voy a llamar por R', dijo la administrativa" (G). [33]

Estos fragmentos de las entrevistas demuestran las cuestiones de poder presentes en los servicios de salud. Los responsables administrativos al tener un determinado poder dentro de la institución de salud, se sienten autorizados a no llamar a la usuaria por su nombre social, al considerar al otro como "inferior", que se desvía de lo "normal", del "natural". Además, ellos tienen el "derecho" de desvelar frente a todos "la verdad" través del discurso poderoso y así revelar la "verdadera" identidad del usuario. [34]

La utilización del nombre social puede sugerir una ambigüedad inherente en la "realidad", relacionada con una ambigüedad mayor y por ello más grave. La idea de que la "verdadera identidad" está oculta o confusa representa las situaciones de desorden que viven los travestis. Frente a este aparente desorden, la acción criminal puede ser percibida como una reacción, como un intento de poner orden o buscar defender los derechos legítimos que serían atacados por la acción siempre colectiva de los(as) travestis (CARRARA & VIANNA 2006). De alguna manera, estos discursos muchas veces presentes en nuestra sociedad, banalizan y al mismo tiempo legitiman las acciones homofóbicas contra los transexuales, transgéneros y travestis. [35]

De manera general, esta "dificultad" en utilizar el nombre social en los servicios de salud refleja la dificultad social existente en aceptar que una persona que no se identifica con su sexo biológico y adopta otra identidad de género, tiene ganas de adoptar también un nuevo nombre, en sintonía con su identidad. [36]

3.2 Acogida y humanización

La acogida consiste en el intento de establecer una relación de confianza y solidaridad entre profesionales y usuarios de los servicios de salud. La humanización hace referencia al respeto a las dimensiones subjetivas y sociales que están presentes en todas las prácticas de atención a la salud, firmando así el compromiso con los derechos de los ciudadanos, especialmente con grupos minoritarios dentro del SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 2004). Una de las participantes, al ser cuestionada sobre la atención prestada por el SUS a personas con orientaciones sexuales no heterosexuales contesta "Yo evalúo que no hay preparación ninguna para atendernos, desde las personas que trabajan en la recepción hasta el médico. Yo creo que no tienen el mínimo de preparación" (C). [37]

Se percibe que la acogida y la humanización muchas veces no están presentes en la atención recibida por los pacientes. Esta falta de sensibilidad por parte de los profesionales en relación a los travestis, transexuales y transgéneros dificulta

mucho la posibilidad de establecer un vínculo entre las pacientes y los servicios/profesionales de salud. En este sentido una de las entrevistadas relata:

> "¿Cómo el médico va a establecer un vínculo con el paciente, si cuando llega a la puerta ya es tratado de 'él'? ¿Cómo voy a establecer un vínculo con una persona que me trata de señor? ¿Cómo voy a abrir mi vida, voy a exponerme, voy a tener intimidad con él? Si él ya pone esta barrera llamándome señor y negando todo aquello que soy y represento. ¡No hay vínculo! ¡No existe vínculo! Yo puedo necesitar mañana de un médico y no ir" (C). [38]

En este fragmento de la entrevista queda clara la necesidad de aceptación del nombre social por parte del profesional de la salud para que exista la posibilidad de establecer algún tipo de vínculo. Nuevamente el nombre social es mencionado como una primera manera de establecer una relación de respeto y aceptación. [39]

Otra postura que parece perjudicar el vínculo es el prejuicio.

> "Cuando tú te quejas de un problema, muchos (profesionales de salud) al percibir que tú eres una travesti o una transexual, ya creen que será Sida o algo semejante. O te critican por trabajar en la noche. O porque trabajes en la noche ya creen que estás en el mundo de las drogas. Tienen un prejuicio, un pre-diagnóstico o algo semejante" (C). [40]

La postura humanizada presupone una apertura a las diferencias, una disposición para atender de forma sensible, educada y personalizada a todas las personas. Los juicios a priori, como los mencionados por la participante anteriormente, dificultan el establecimiento de un vínculo de confianza. [41]

En dos relatos, surgen también situaciones en las que las entrevistadas evaluaron de manera positiva la atención a la salud recibida por los profesionales de la salud en el SUS. Una de ellas se refiere al factor "suerte" al recibir la atención adecuada. "Yo tuve suerte de tener a ese tipo, siempre fui bien atendida (...) sin ningún problema" (S). Otra de las participantes manifiesta: "Depende mucho del médico, si el médico está actualizado, ellos te tratan normal, hacen bromas y todo, sin maldad" (R). [42]

La participante R hace una diferenciación entre la atención que recibe en el servicio de atención especializado para usuarios con ETS y VIH/SIDA y la atención que recibe en los centros de atención primaria y en los hospitales. La entrevistadora pregunta a qué se refiere cuando dice que los profesionales tienen menos conocimiento, y si la paciente sufrió alguna situación específica en los centros de atención primaria u hospitales. La entrevistada contesta

> "en relación al nombre social, en los centros de atención primaria y hospitales, los profesionales no te llaman por tu nombre social. Probablemente no tuvieron un proceso de sensibilización para el tema. Y otras cosas, como por ejemplo, que tú sales y escuchas a las personas susurrando, criticando, riendo" (R). [43]

La entrevistadora pregunta si la entrevistada fue discriminada en función de ser VIH positivo y ella contesta "No, no por eso. La discriminación es mayor por ser homosexual o igual que por ser un travestí" (R). Así, la usuaria expone dos vivencias diferentes utilizando el mismo sistema de salud público y gratuito (SUS). Ese espacio de "sensibilización" que manifiesta la entrevistada, probablemente está relacionado con un mayor desarrollo de política de recursos humanos para educar a los profesionales de la salud en temas de orientación e identidad sexual en la red especializada (ETS/VIH/Sida). Se destaca así la importancia de políticas dirigidas a la formación y sensibilización de los profesionales que trabajan en los diferentes niveles de atención a la salud. [44]

A partir del relato de la entrevistada se percibe que tiene un acceso facilitado a los servicios de atención especializados y que se siente bien acogida, valorando que los profesionales están capacitados para recibirlas y entenderlas a partir de sus necesidades y utilizando los tratamientos adecuados. Los profesionales responsables de la atención a esta paciente probablemente combinan dos herramientas de gran importancia en el momento de la atención: los conocimientos científico-técnicos, es decir, el tratamiento en sí, y también las herramientas relacionales para comprender los problemas del paciente y su manera de vivir. Este hecho probablemente también influye en las decisiones de la paciente referentes al tratamiento. [45]

En esta dirección, MERHY (2006) aporta importantes contribuciones cuando expone sus proposiciones sobre la teoría del trabajo vivo en salud. El autor destaca que el trabajo en salud no puede ser globalmente capturado por la lógica del "trabajo muerto". El trabajo muerto sería todo el trabajo más estructurado y basado en la reproducción, como por ejemplo el que predomina cuando se trabaja con una máquina en la metalurgia. Un ejemplo del trabajo muerto puede ser representado por el siguiente relato:

> "Él (el médico) me mira y me mira, él sabe que yo soy un travesti, él solo me pregunta cuál es mi problema. Si el problema está en el pene pide ver el pene, y solo eso. No entra mucho, no profundiza en otros temas"(A). [46]

El trabajo vivo estaría constituido por el protagonismo y la libertad del trabajador, que consigue desarrollar un trabajo creativo y orgánico. MERHY (2006, p.36) señala

> "el trabajo en salud no puede ser globalmente capturado por el trabajo muerto, expresado en los equipamientos y en el saber tecnológico estructurado, pues su objeto no está plenamente estructurado y sus tecnologías de acción más estratégicas se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes técnicos estructurados, estableciendo un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción". [47]

En el proceso de trabajo en salud hay un encuentro del agente productor y sus herramientas (conocimientos, equipos, tecnologías en general) con el agente

consumidor, volviéndolo, en parte, objeto de la acción del productor, pero sin dejar de ser también un agente que, en acto, pone sus intencionalidades, conocimientos y representaciones (MERHY 2006). Esta relación es fundamental para conseguir la calidad de la asistencia. De otro modo, hay personas que serían excluidas del sistema de salud. Una de las entrevistadas expone:

> "Ellas (travestis) buscan los servicios de salud, pero a la primera situación de discriminación, ya no vuelven más ... las cuestiones de prejuicio y rechazo no cambian. Muchas de ellas llegan a acabar con su salud, y en último grado (de la enfermedad) es cuando van a buscar ayuda para tratarse" (M). [48]

3.3 Acceso al sistema de salud

El acceso al sistema de salud fue descrito por las entrevistadas como limitado y demorado. Se observa en las entrevistas que esos son problemas importantes en el sistema de salud. "El tema que te den hora, para tener acceso a una visita con la trabajadora social, está muy difícil. Para pedir hora, tienes que estar esperando un buen tiempo y a veces, la gente no tiene acceso" (J). Otra entrevistada expone "hay que esperar hasta un mes para conseguir tener una visita con el médico" (A). [49]

Estas dificultades demuestran un fallo en el sistema en cuanto a su primer principio, la universalidad. El Estado tiene que garantizar la atención a la salud de todos los ciudadanos y en todos los grados de complejidad (Ley nº 8080/90 Ley nº 8.142/90 de 1990). La falta de acceso a servicios muestra que la atención a la salud no es universalmente disponible. [50]

Otra cuestión mencionada por las participantes fue el acceso a los insumos. En Brasil los condones están disponibles de manera gratuita en la red pública de salud. Los centros distribuyen una media de 12 condones al mes para cada paciente. Esta política de distribución fue evaluada positivamente por las entrevistadas. Sin embargo, hay personas con una frecuencia superior de relaciones sexuales. Algunas de las participantes son profesionales del sexo, por lo que tenían una demanda extra de condones. Las entrevistadas mencionaron que el número de condones distribuidos es insuficiente para su realidad: "Con 12 (condones al mes) no se puede trabajar, si eres travesti, por ejemplo, son cinco clientes por noche. Tu haces sexo oral, activo y pasivo, rompes un condón, y si no hay otro condón (...) ¿Entiendes?" (M). Otra participante manifiesta: "Tú como profesional del sexo o no, tienes derecho solamente a estos 12. En los servicios de atención primaria tienes que presentar un documento diciendo que eres profesional del sexo" (AP). [51]

En la misma dirección otra participante destaca: "Ellos (profesionales del centro de salud) dicen que ellos no tienen la obligación de pagar porque nosotras nos prostituyamos" (R). Eso expresa una clara falta de respeto a las trabajadoras del sexo y a sus necesidades. Además esta postura de los profesionales aboga contra el principio básico de la prevención de las enfermedades. Algunos profesionales de la salud por considerar a estas personas "como de menor

importancia", no se interesan por sus necesidades y su salud. Así, lo que debería ser un espacio de desarrollo de la salud y de prevención se vuelve un espacio de reproducción de prejuicios y rechazo. [52]

Otra participante dice "Yo saco el dinero de mi propio bolsillo cuando faltan los condones. Porque en mi ciudad nosotras no tenemos esas intervenciones en las calles. Tú misma tienes que buscar las cosas, ¿comprendes?, todo es limitado, todo es más difícil" (J). Algunas ciudades brasileñas tienen programas de distribución de condones para profesionales del sexo en las calles, generalmente conducidas por alguna ONG. [53]

El MINISTERIO DA SAÚDE DE BRASIL (2004) destaca que, a pesar de la falta de datos epidemiológicos consistentes sobre la población de travestis, se deduce que las diversas formas de vulnerabilidad, tales como la violencia, las condiciones de las prácticas sexuales, las dificultades en el acceso a los servicios de salud e inserción social, demuestran claramente la precariedad en la adopción de prácticas sexuales seguras. [54]

Nuevamente volveremos a utilizar los principios del SUS para discutir los relatos de las participantes. Además de garantizar el acceso, debe asegurarse a los usuarios la equidad en la atención. La equidad significa que cada persona debe recibir una atención diferenciada, respetando sus peculiaridades y demandas. Un sistema de salud realmente impulsor no será el que proporciona exactamente los mismos servicios a todos, sino aquél que, a partir de diferentes demandas, ofrece diferentes servicios, siempre con el objetivo común de promover y mantener la salud integral de la población. La falta de condones para las personas que tienen una frecuencia de relaciones sexuales superior a la media nacional puede ser un ejemplo de acción amplia, que no considera las demandas de forma equitativa y particular. [55]

Es importante destacar que en Brasil, de forma complementaria, las ONGs tienen un papel importante en la atención a la salud. Los trabajos de las ONGs son complementarios a los servicios de salud pública, una vez que llegan hasta las poblaciones más vulnerables. Una de las principales características de las ONGs que atienden a personas con enfermedades sexualmente transmisibles y Sida, es el apoyo gubernamental, especialmente en la distribución de los condones, trabajando de manera complementaria a los servicios de salud. [56]

Lamentablemente, los problemas de acceso al sistema de salud en Brasil afectan a toda la población brasileña. En un sistema de salud que ya tiene fallos, los problemas aún pueden estar potencialmente más presentes entre poblaciones más vulnerables, como los travestis, transexuales y transgéneros. [57]

3.4 Sugerencia de mejorías para el sistema de salud

Las participantes mencionaron que el sistema se salud no respondía a sus expectativas, enfatizaron la necesidad de mejoras y apuntaron algunas sugerencias. Los resultados fueron incorporados en el presente estudio

buscando dar voz al grupo de entrevistadas en el intento de reforzar uno de los principios básicos del SUS: el control social. Este principio se relaciona con la participación de la sociedad en los procesos de decisión sobre temas de salud. La expresión control social es utilizada para designar el control del Estado sobre la sociedad, así como el control de la sociedad sobre las acciones del Estado (SILVA, CRUZ & MELO 2007). La participación de la sociedad se da en el acompañamiento y verificación de las acciones de gestión pública en la ejecución de las políticas públicas, evaluando objetivos, procesos y resultados. Comprendemos que la divulgación de los datos de esta investigación, en los cuales se presenta una discusión crítica sobre las acciones en salud del país, puede constituir una de las formas de control social. [58]

En las entrevistas algunas de las participantes destacaron la necesidad de sensibilización de los equipos de salud en la atención a travestis, transexuales y transgéneros. Se explicitó:

> "Se debería hacer una reunión general con todos los trabajadores del servicio de salud y hablar específicamente sobre este asunto (transexuales, travestis y transgéneros). (...) mirar a la persona como un ser humano, independientemente de su color de piel, de su sexo, eso no importa. Tú estás en el servicio de salud para ser atendido como una persona. Saber si eres hombre o no, eso no interesa, eres una persona que está allí" (S). [59]

Aunque existe una ley en el país que garantiza la utilización del nombre social por parte de travestis, transexuales y transgéneros, muchos equipos no tienen este conocimiento y actúan de manera equivocada, poco sensible y poco acogedora. Una de las entrevistadas relata:

> "Ella (la directora del servicio de salud) dijo que no tenía conocimiento de lo que estaba ocurriendo, y que tampoco conocía esa determinación del Ministerio de Salud de que las travestis pueden ser tratadas por su nombre social en el SUS. Yo comenté eso con las otras travestis que también van a los servicios de salud, y ellas dijeron lo mismo, cuando van a buscar los condones, los trabajadores las llaman solamente por el nombre masculino" (C). [60]

Otro adelanto necesario está relacionado con el acceso. Las entrevistadas mencionan la necesidad de ampliación de la cantidad de condones distribuidos a profesionales del sexo. Además las entrevistadas destacan las dificultades de adecuación de los horarios en que los servicios de salud están abiertos. Una de las entrevistadas dice "La cuestión de los horarios del SUS deja mucho a desear, a veces no están cuando las personas lo necesitan" (J). Se trata de una sugerencia importante presentada por la entrevistada, que se relaciona con la necesidad de la población de adecuarse a los regímenes diurnos de atención a la salud. Con ello, las poblaciones con hábitos nocturnos de vida y de trabajo tienen mayor dificultad para la utilización del sistema de salud y están posiblemente excluidas del acceso a los servicios de salud. [61]

La asistencia en la salud pública tiene que avanzar mucho en la construcción de su práctica, pues el modelo del sistema de salud tiene como principio orientador la equidad, que es el reconocimiento de las diferencias respetando las necesidades de los usuarios. Las entrevistas demuestran que es necesario mejorar el sistema de salud brasileño. Comprendemos que identificar las fragilidades es un ejercicio de búsqueda constante para mejorar. En este sentido, una de las participantes destaca:

> "Es necesario un sistema de salud realmente inclusivo, que abarque las diferencias y que consiga efectivamente la equidad, tratando a las personas diferentes de manera diferente, teniendo todas los mismos derechos de cuidado y salud. Ya se ha avanzado mucho en ese sistema, por ejemplo en lo que se refiere al nombre social y a la participación social, yo creo que hay muchas mejoras. Nosotras tenemos que reconocer que muchas cosas ya mejoraron" (C). [62]

4. Conclusiones

El presente estudio destaca la necesidad de la acogida y de la humanización en la asistencia a la salud de la población de travestis, transexuales y transgéneros. El Sistema Único de Salud preconiza tales principios, los cuales muchas veces no son puestos en práctica por los profesionales de salud de los diferentes grados y niveles de atención (atención primaria, red especializada y hospitalaria). [63]

A partir de los resultados del presente estudio se concluye que la atención a la salud que respete la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género aún constituye un reto, igual que todas las iniciativas desarrolladas por el Ministerio de la salud de Brasil, tales como la ley que estimula la utilización del nombre social en la atención a la salud de travestis, transexuales y transgéneros, o el plan de enfrentamiento a la epidemia del SIDA/ETS entre gays, HSH y travestis, entre otras. [64]

A partir del análisis de las entrevistas se muestra la importancia de utilización del nombre social, que está relacionado con una petición de aceptación, reconocimiento y acogida en los servicios de salud. La cuestión del nombre social se manifestó claramente en los discursos, como expresión de una lucha más amplia por la aceptación social de las diferencias. [65]

Otra paradoja identificada fue que la literatura presenta límites claros entre las clasificaciones travesti, transexual y transgénero. Sin embargo, tal claridad no se mostró presente entre las participantes. Muchas de ellas se describen como travestis, a pesar de que en base a la teoría deberían ser categorizadas como transgénero. Otras utilizaban el término transexual para las personas con o sin operación de modificación de sexo. La distancia entre lo descrito en la literatura y lo que se encuentra en la cotidianidad de las personas entrevistadas fue un punto muy interesante, que puede generar nuevas reflexiones. [66]

Entre las limitaciones del presente estudio debemos destacar que el grupo de participantes representa una parte del colectivo de travestis, transexuales y

transgéneros de nivel socioeconómico bajo; seis de ellas eran trabajadoras del sexo. Además, todas tenían el sexo biológico masculino y hacían el cambio al femenino. Así, hay que considerar que existe una limitación de variables discursivas del colectivo, hecho que limita que los resultados del presente estudio sean representativos de la población. La dificultad en reclutar un mayor número de participantes no permitió que se alcanzará una saturación del discurso de las travestis, transexuales y transgéneros en relación a la atención recibida en el SUS. [67]

Futuras investigaciones pueden buscar captar otras variables discursivas del colectivo de travestis, transexuales y transgéneros, como por ejemplo aquellas que ejercen otras actividades profesionales, que no sea como trabajadoras del sexo, o que tengan un nivel educativo y socioeconómico más elevado. Por otro lado sería interesante también conocer las variantes discursivas de aquellas travestis, transexuales y transgéneros que son trabajadoras del sexo y que no están en ONG. Estas pueden representar un colectivo aún más vulnerable. También sería relevante investigar las percepciones de participantes del sexo biológico femenino que hacen el cambio al masculino, como otra posible variante discursiva. [68]

Es importante resaltar que el grupo entrevistado fue proveniente de ONGs, lo que debe ser considerado, ya que de manera general, las personas que participan de ONGs son considerados como colectivos más informados y politizados. Probablemente, existen experiencias bastante diferentes de travestis, transexuales y transgéneros que no frecuentan estas organizaciones, lo que abre espacio para el desarrollo de futuras investigaciones. [69]

Debe destacarse que se realizaron diferentes estrategias para intentar encontrar a las participantes en los diferentes servicios de salud (atención primaria, servicios especializados y hospitalarios), pero la única estrategia que resultó efectiva fueron las ONG's. Tal vez la dificultad para localizar a las travestis, transexuales y transgéneros a través de los servicios de salud pueda ser explicada por problemas en la estrategia de divulgación del estudio en los servicios de salud. La técnica de folletos y trípticos resultó insuficiente y los profesionales, por alguna razón, no consiguieron la participación de los usuarios. Otra hipótesis es que este colectivo realmente utiliza menos los servicios de salud. Por último, otra posible explicación es que, en función de la discriminación que sienten, prefieran utilizar los servicios de salud privados y no el SUS, hecho que apunta posibles futuras investigaciones en profundidad. [70]

En relación a los servicios de salud, otro aspecto posiblemente relacionado con la calidad de la atención recibida es el tipo de servicio (especializado en ETS/VIH/Sida o atención primaria). A pesar de no contar con participantes oriundas de servicios de atención primaria, este fue un punto destacado por ellas mismas. Afirmaban recibir una mejor atención en los centros especializados. Así, se destaca la exigencia de una política de recursos humanos para la sensibilización de los profesionales de la salud en los diferentes grados de atención. [71]

Es importante tener en cuenta que no se pretende entender las cuestiones relacionadas con la profesión como algo separado en el discurso, ya que entendemos la identidad de las entrevistadas como algo integral, compuesto no solamente por orientación sexual o por la profesión. Sin embargo, algunas de las demandas en el grupo estudiado están relacionadas con el hecho de que las participantes trabajen como profesionales del sexo, lo que también es algo frecuente entre los travestis, transexuales y transgéneros. En función del rechazo social tienen dificultades para conseguir otros puestos de trabajo. [72]

Se destaca la necesidad de adelantos en el acceso a la salud, incluyendo el tiempo de espera, los horarios de atención y humanización de la asistencia a la salud. Para esto, es fundamental la inversión de recursos en la educación continuada y en la creación de espacios de reflexión y discusión entre gestores, profesionales de salud y usuarios. En este sentido, la investigación cualitativa permite que las voces de las poblaciones más vulnerables y con menos acceso a los servicios de salud puedan ser escuchadas y que estos datos ayuden al desarrollo de políticas y programas de salud. Se pretende así que la salud resulte una "salud para todos los ciudadanos" anhelando disminuir las desigualdades existentes. [73]

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del Ministerio de la Salud de Brasil, en especial al Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles/Aids, que ha financiado la presente investigación.

Referencias

Almeida, Luis Mello & Crillanovick, Quéfren Trindade de Mesquita (1999). A cidadania e os direitos humanos de gays, lésbicas e travestis no Brasil. En Dijaci David de Oliveira, Sales Augusto dos Santos, Ricardo Barbosa de Lima & Tania Ludmila Dias Tosta (Eds.), *50 anos depois: Relações raciais e grupos socialmente segregados* (pp.167-183). Goiânia, Brasil: MNDH.

Arán, Márcia (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, *9*(1), 49-63.

Bento, Berenice (2003). Transexuais, corpos e prótese. *Estudos Feministas*, *4*, http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/berenice1.htm [Fecha de acceso: 06/2004].

Carrara, Sérgio & Vianna, Adriana de Resende Barreto (2006). "Tá lá o corpo estendido no chão ...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saúde Pública*, *16*(2), 233-249.

Green, James Naylor (1999). *Beyond carnival: Male homosexuality in twentieth-century Brazil*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Herek, Gregory M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, *1*(2), 6-24.

Kitzinger, Célia & Wilkinson, Sue (2004). Social advocacy for equal marriage: The politics of "rights" and the psychology of "mental health". *Analyses of Social Issues and PublicPolicy*, *4*, 173-194.

Lacerda, Marcos; Pereira, Cícero & Camino, Leoncio (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *15*(1), 165-178.

Lionço, Tatiana & Arán, Márcia (2008). Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde. *SérieAnis*, *53*, 01-03.

Martins, Heloísa Helena Teixeira de Souza (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, *30*(2), 289-300.

Merhy, Emerson Elias (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aieres: Lugar Editorial.

Minayo, Maria Cecília de Souza (1996). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. En Maria Cecília de Souza Minayo (Ed.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp.9-29). Petropolis: Vozes.

Ministério da Saúde do Brasil (1990). *Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília*:* Ministério da Saúde

Ministério da Saúde do Brasil (2004). *Brasil sem homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde do Brasil (2008). *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis*. Brasília*:* Ministério da Saúde.

Silva, Alessandra Ximenes da Silva; Cruz, Eliane Aparecida & Melo, Verbena (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência saúde coletiva*, *12*(3), 683-688.

Williamson, Iain R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men*. Health Education Research*, *15*(1), 97-107*.*

Autores(as)

Kátia BONES ROCHA es psicóloga y ha realizado un master en psicología social en la Pontifícia Universidad Católica do RS (PUCRS) y es especialista en salud colectiva por la Escola de Saúde Pública-RS. Actualmente hace doctorado en psicología en la Universidad Autònoma de Barcelona y trabaja como investigadora en formación en la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Colaboradora del Centro de Estudios sobre el Sida y enfermedades de transmisión sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS). Trabaja en el área de salud pública y psicología de la salud.

Contacto:

Kátia Bones Rocha

Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul (CEARGS)
Rua Cel Fernando Machado, 480 Centro, Porto Alegre/RS
Brasil CEP 90320-110

Tel.: 55-51-30290324

E-mail: katiabonesrocha@yahoo.com.br
URL: http://www.ceargs.org.br/

Lúcia Helena RUBIM BARBOSA es terapeuta ocupacional por la Universidad IPA (Metodistade de Porto Alegre), trabaja con recreación terapéutica en el contexto hospitalario del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil) y colaboradora del CEARGS.

Contacto:

Lúcia Helena Rubim Barbosa

Recreación Terapéutica en Contexto Hospitalario del Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ramiro Barcelos 2350, Bairro Rio Branco, Porto Alegre-RS
Brasil

Tel.: 55-51-21018000

E-mail: luciahelenato@hotmail.com

© 2009 FQS http://www.qualitative-research.net/

Carolina ZAMBOM BARBOZA es psicóloga por la Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul y actualmente hace master en la Universidad Federal do Rio Grande do Sul.

Contacto:

Carolina Zambom Barboza

Programa de Programa de Pos-Grado en Psicología
Universidad Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2600. Santa Cecília, Porto Alegre/RS
Brasil

Tel.: 55-51-84125008

E-mail: cacazb@gmail.com

Prisla ÜCKER CALVETTI es psicóloga por la Universidad Pontifícia Católica do RS (PUCRS), especialista en Salud Colectiva por la Escola de Saúde Pública/RS. Tiene master y es doctoranda en psicología por la PUCRS. Coordinadora de Capacitaciones y Desarrollo del Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS). Trabaja en el área de psicología de la salud; psicología cognitiva; bioética; salud colectiva con énfasis en dermatología y ETS/VIH/Sida.

Contacto:

Prisla Ücker Calvetti

Pos-Grado en Psicología
Universidad Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 11 - sala 931, Partenon – Porto Alegre/RS
Brasil CEP 90619 900

Tel.: 55-51-32095816 / 55-5184394859

E-mail: prisla.calvetti@gmail.com

Fernanda TORRES DE CARVALHO es psicóloga por la Pontifícia Universidad Católica do RS, especialista en salud colectiva por la Escola de Saúde Pública-RS, tiene master y es doctora en psicología por la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) y es Coordinadora Adjunta del Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS).

Contacto:

Fernanda Torres de Carvalho

Departamento Científico, Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS)
Rua Cel Fernando Machado, 480 Centro, Porto Alegre/RS
Brasil CEP 90320-110

Tel.: 55-51-30290324
Fax: 55-51-30290316

E-mail: fernanda@ceargs.org.br, torresdecarvalho@yahoo.com.br
URL: http://www.ceargs.org.br/

Elder CERQUEIRA SANTOS es doctor en psicología por la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil / University of Nebraska, USA. Profesor del Master en Psicología Social de la Universidad Federal de Sergipe, Brasil. Investigador CAPES – PRODOC y Consultor de la World Childhood Foundation Brasil/Suécia. Miembro del CEP-Rua-UFRGS y colaborador del CEARGS.

Contacto:

Elder Cerqueira Santos

Departamento de Psicología, Universidad Federal de Sergipe
Av. Marechal Rondon, s/n, Departamento de Psicologia, Cidade Universitária – Campus UFS, São Cristóvão – SE
Brasil

Tel.: 55-79-88389035
Fax: 55-51-30290316

E-mail: eldercerqueira@yahoo.com.br
URL: http://www.eldercerqueira.vila.bol.com.br/

© 2009 FQS http://www.qualitative-research.net/

Júlia SCHNEIDER HERMEL es psicóloga por la Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul y trabaja en salud pública.

Contacto:

Júlia Schneider Hernel

Departamento Científico, Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS)
Rua Cel Fernando Machado, 480 Centro, Porto Alegre/RS
Brasil CEP 90320-110

Tel.: 55-51-30290324

E-mail: juliahermel@yahoo.com.br
URL: http://www.ceargs.org.br/

Andreína DA SILVA MOURA es psicóloga por la Universidad Federal do Rio Grande do Norte, tiene master y es doctoranda en psicología del desarrollo por la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS) y es investigadora del Centro de Estudios sobre el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Rio Grande do Sul, Brasil (CEARGS). Trabaja en el área de sexualidad.

Contacto:

Andreína da Silva Moura

Programa de Pos-Grado en Psicología, Universidad Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 104, Santa Cecília, Porto Alegre/RS
Brasil

Tel.: 55-51-3308-5150

E-mail: andreinamoura@yahoo.com.br

Cita

Bones Rocha, Kátia; Rubin Barbosa, Lucia Helena; Zambom Barboza, Carolina; Ücker Calvetti, Prisla; Torres Carvalho, Fernanda; Cerqueira-Santos, Elder; Schneider Hermel, Júlia & da Silva Moura, Andreína (2009). La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros [73 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *10*(2), Art. 28, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902281.

© 2009 FQS http://www.qualitative-research.net/